Aus der Universitäts-Augenklinik Würzburg.
Vorstand: Geh.-Rat Prof. Dr. F. Schieck.

Ueber die Erfolge der Ptosisoperation nach Hess.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
zur
Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Elisabeth Bahlmann
aus Vechta/Oldenburg.

Würzburg 1936
Buchdruckerei Richard Mayr

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent: Geheimrat Prof. Dr. F. Schieck.
Dekan: Prof. Dr. Groll.

Tag der mündlichen Prüfung: 20. Dezember 1935.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549802_0062

Im Juliheft 1934 der „Klinischen Monatsblätter für Augenheilkunde" erschien aus der Zweiten Universitäts-Augenklinik in Wien von Prof. Dr. K. Lindner eine Abhandlung: „Über die Ptosisoperation nach Blaskowics".

In dieser Arbeit stellt Prof. Dr. Lindner die Behauptung auf, daß die Heß'sche Ptosisoperation die herrschende sei, weil sie keine unangenehmen Nachteile befürchten lasse; sie habe aber nur in den dazu geeigneten Fällen einen Teilerfolg. Ganz selten lasse sich ein kosmetisch einwandfreies Ergebnis erzielen.

Er selbst, so schreibt Verfasser weiter, entschloß sich in einem ihm geeignet scheinenden Fall zu der von Blaskowics beschriebenen Operationsmethode. Obwohl in diesem Falle der Erfolg der Operation nur mäßig war, ließ er sich in einem weiteren Falle von Ptosis nicht davon zurückhalten, auch diesen nach der wieder aufgegriffenen Methode nach Blaskowics zu operieren und dieses Mal mit einem ausgezeichneten Erfolg!

Seither führt Prof. Dr. Lindner nur noch diese Operation bei Ptosis aus und erklärt jetzt nach 3jähriger Erfahrung, daß diese Methode ihn die beste aller bekannten Operationsmethoden dünkt.

Dieser Artikel gab in der Würzburger Universitäts-Augenklinik den Anlaß, einmal alle Fälle von Ptosis aus den letzten 10 Jahren zusammenzustellen, um eine Übersicht zu bekommen über den Erfolg der Methode nach Heß, die ausschließlich hier angewandt wurde. Ein kurzes, erläuterndes Wort noch vorher über die Ptosis im allgemeinen!

Als Hebemuskel dient dem oberen Lid der M. levator palpebrae superioris, der mit breiter Sehne am oberen Lidknorpel ansetzt und vom N. oculomotorius innerviert wird.

Dessen Lähmung hat ein Herabhängen des Lides zur Folge, das man als Ptosis bezeichnet. Natürlich bewirkt das Fehlen des Muskels oder Schwäche desselben denselben pathologischen Zustand.

Die Ptosis kann angeboren oder erworben sein. Zu ihrer Beseitigung sind zahlreiche Operationsmethoden erdacht worden; außer der von Heß gibt es noch viele andere z. B. von Motais, Pagenstecher, v. Wecker, Dransart, Panas, Blaskowics, Eversbusch, Snellen, Wolff, Lapersonne, Elschnig, Gillet de Grandmont, Grüning u. a. m. Am gebräuchlichsten ist wohl die Methode nach Heß, die auch an der Würzburger Universitäts-Augenklinik ausschließlich angewandt wird.

Heß veröffentlichte seine Methode 1893. Sie ist die für alle Ptosis-Fälle geeignetste Art der Übertragung der Frontaliswirkung auf das Oberlid.

„Durch einen Hautschnitt entlang des Augenbrauenbogens wird die Stirnhaut durchtrennt und die Lidhaut vom darunterliegenden Orbicularis bis nahe dem freien Lidrande abpräpariert. Exakte Blutstillung durch Tamponade bzw. Unterbindung spritzender Gefäße. Dann faßt man mit einer Hakenpinzette etwa 8—12 mm oberhalb des Lidrandes in der Tasche die abpräparierte Haut von rückwärts und zieht sie gegen den Augenbrauenbogen hinauf, so daß sich eine der normalen Hautfalte entsprechende Hautduplikatur bildet. Durch wiederholtes Anfassen der Haut an verschiedenen Stellen sucht man sich jene Stelle aus, bei der bei genügender Eröffnung der Lidspalte sich die Deckfalte am natürlichsten präsentiert.

An dieser Stelle wird dann die Lidhaut zuerst in die Schlinge eines doppelt armierten Fadens, der von außen durch die Haut der Tasche eingeführt wird, gefaßt, die beiden Fäden durch das Frontalisgewebe durch und oberhalb des Augenbrauenbogens durch die Haut nach außen geführt.

Es werden drei derartige Fadenschlingen gelegt, der Abstand des Fadenpaares jeder Schlinge beträgt etwa 3 mm, die drei Schlingen sollen nach oben fächerförmig etwas divergieren. Jede Schlinge wird über einem Gazebäuschchen oder einem Stückchen Kautschukdränrohr geknüpft, nachdem sie so stark angezogen ist, daß die Eröffnung des Lides bei nicht innerviertem Frontalis eben ausreichend gefunden wird. Verschluß der Hautwunde durch eine fortlaufende Naht.

Wenn noch eine leichte parenchymatöse Blutung zu beobachten war, soll ein Verband angelegt werden; wenn nicht, Hohlverband mit solider Blechmuschel oder Uhrglas über dem Auge, Heftpflaster- oder Mastisolverband über der Hautwunde. Die Fäden bleiben 8—10 Tage liegen und werden nötigenfalls vorher wiederholt etwas angezogen."

In Würzburg gelangten in den letzten 10 Jahren 31 Fälle zur Operation. Bestand die Ptosis auf beiden Augen, so wurde die Operation immer in zwei Sitzungen ausgeführt. Das war hier 13 mal der Fall, so daß sich im ganzen 44 Heß-Operationen ergaben.

In 13 Fällen handelte es sich um Personen männlichen Geschlechtes, die übrigen 18 betrafen das weibliche Geschlecht, so daß sich in der hiesigen Klinik männliches zum weiblichen Geschlecht betreffs dieser Anomalie verhielt etwa wie 2 : 3.

Die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Ptosis-Operation ist natürlich dann am meisten offenbar, wenn die Ptosis in einem besonders starken Grade vorliegt und bei gleichzeitiger Beidseitigkeit das Sehen sehr erschwert, ja unmöglich macht.

Diese Leute können nur mit in den Nacken gelegtem Kopf geradeaus sehen, und es ist ihnen fast unmöglich, in die Höhe zu blikken. Liegt die Ptosis nur einseitig vor, so beteiligt sich das ptotische Auge nicht am Sehakt, obwohl es gesund ist und dazu fähig wäre. Ist die Ptosis nicht so stark, daß sie Sehstörungen verursacht, so muß sie doch als Schönheitsfehler angesehen werden und veranlaßt häufig aus kosmetischen Gründen die Operation.

Wie schon erwähnt gelangten in den letzten 10 Jahren im ganzen 31 Fälle hier zur Operation, die sich bezüglich ihrer Ätiologie und Prognose folgendermaßen einteilen lassen:

1. Einfache Ptosis congenita,
2. Ptosis congenita mit gleichzeitigem Epicanthus, Zeichen von Mongolismus,
3. Ptosis nach Unfall,
4. Ptosis nach Operationen,
5. Ptosis und gleichzeitige Schwäche der nach oben führenden Muskeln,
6. Ptosis durch nervöse Störung.

Ad 1. Operiert wurden 12 Fälle von Ptosis congenita, davon waren 4 doppelseitig, die übrigen 8 einseitig. Der Erfolg dieser Operationen darf wohl als recht gut bezeichnet werden, denn das Ergebnis von 3 Operationen war sehr gut, 4 weitere waren gut, 2 ziemlich gut, 2 Fälle wurden wesentlich gebessert und ein doppelseitiger Fall hatte auf einem Auge keinen, auf der anderen Seite einen guten Operationserfolg. Es folgen die betreffenden Fälle.

1926. Albert H., Himmelstadt, 20 J.
Herabhängen des li. Augenlides seit Geburt, wurde bereits 1912 operiert.

Befund: regelrechtes Herabhängen des li. Lides. Operation am 7. 4., glatter Heilverlauf. Nach Entfernung der Fäden gutstehendes Lid; leicht überkorrigiert entlassen. Nachuntersuchung 4 Wochen später ergibt kosmetisch völlig befriedigenden Erfolg. (Sehr gut.)

1926. Wilhelm R., Königsheim, 7 J.
Seit Geburt Herabhängen beider Lider.
Befund: stark horizontal gerunzelte Stirne, Brauen emporgezogen. Zunächst am 25. 9. li., am 20. 10. re. Auge operiert. Bei der Entlassung war das Ergebnis der Operation gut. (Gut.) (War jüngst wieder in der Klinik, li. Augenlid hatte sich wieder gesenkt, so daß Operationswiederholung erwogen wurde.)

1926. Albin N., Unterebersbach, 2 J.
Seit Geburt ist das re. Auge „klein".

Befund: re. Oberlid macht nur geringe Öffnungsbewegungen. Operation am 17. 6., guter Heilverlauf. Entlassen am 29. 6., Auge wird gut geöffnet. Später nicht wieder dagewesen. (Gut.)

1928. Pauline Sch., Elpertsheim, 8 J.
Seit Geburt Herabhängen beider Lider.
Befund: Lidspalte beiderseits 0,6 cm weit. Operation des re. Auges am 28. 8., des li. Auges am 8. 9. Bei der Entlassung am 21. 9. beträgt die re. Lidspalte 0,8 cm, die li., ist 0,6 cm weit, also unverändert. Hat sich nicht wieder vorgestellt. (re. gut, li. unverändert).

1929. Anna M., Allersbach, 18 J.
Seit Geburt Bestehen der Anomalie re.
Befund: re. Oberlid hängt schwer herunter, wird kaum aktiv gehoben. Operation am 18. IV., Heilung glatt, entlassen am 11. V. Stellt sich am 28. VIII. wieder vor, das Lid hängt noch ein wenig. (Ziemlich gut.)

1929. Rudolf B., Würzburg, 15 J.
Seit Geburt Herabhängen des re. Lides. Operation am 1. VIII., gebessert entlassen am 30. VIII. Stellt sich am 13. XI. wieder vor, re. Lidspalte gleich weit wie li. (Sehr gut.)

1930. Margaretha H., Schweinfurt, 14 J.
Re. Oberlid hängt seit Geburt herab. Operation am 28. VIII., glatter Heilverlauf. Entlassen am 18. IX., nur ganz geringer Unterschied der beiden Lidspalten. Am 24. X. unverändert gute Stellung. (Gut.)

1930. Margarethe S., 16 J.
Beiderseitiges Herabhängen der Lider, war schon mit 2½ J. auf einem Auge, aber ohne Erfolg operiert. Nach erneuter Operation zunächst li., darauf re., mit wesentlicher Besserung entlassen. (Wesentlich gebessert.)

1931. Gustav R., Oberstreu, 16 J.
Re. Oberlid hängt seit Geburt herab, kann auch re. schlechter sehen.
Befund: re. Auge hat nur eine sehr enge Lidspalte, Oberlid überdeckt Pupille vollständig. Operation am 19. V., Heilung mit Abszeßbildung im Oberlid. Entlassen am 6. VI. mit geringer Ptosis, die auch noch beim Wiederbesuch am 26. VI. besteht. (Wesentlich gebessert.)

1931. Gregor F., Schallfeld, 16 J.
Seit Geburt Bestehen des Zustandes li.
Befund: etwa ⅓ der Cornea vom Lid bedeckt. Operation am 10. XI. Entlassen am 4. XII. mit guter Besserung. (Gut.)

1933. Erika K., Gnötzheim, 5 J.
Herabhängen des re. Lides seit Geburt.
Befund: Starke Ptosis re. Nach der Operation am 29. IV. Anomalie völlig behoben, entlassen am 13. V. Am 10. VI. Erfolg unverändert. (Sehr gut.)

1933. Maria L., Höchberg, 10 J.
Seit Geburt kann das Kind die Oberlider nur wenig heben. (Vater hat das gleiche Leiden.)
Befund: Beim Blick geradeaus Pupillen bis zur Hälfte bedeckt. Operation re. am 17. VIII., li. am 26. VIII. Entlassen am 11. IX. 1933 und am 12. X. 1934 Lidöffnung ausreichend befunden. (Ziemlich gut.)

Ad 2. Weniger erfolgreich waren die Fälle von Ptosis bei der Operation, die vergesellschaftet waren mit Zeichen von Mongolismus, vor allem mit Epikanthus.

Von den 6 Fällen war nur einer mit doppelseitiger Ptosis nach der Operation sehr gut, zwei weitere waren gut, zwei andere verließen gebessert die Klinik und der letzte war kaum gebessert.

Diese Fälle mit gleichzeitigem Epikanthus sind nur sehr schwierig operativ anzugehen. Es handelt sich hier um eine Verkürzung der Lidspalte, die zur Verbreiterung des Nasenrückens führt; die Lidspalten verlaufen außerdem etwas schief von innen unten nach außen oben. Noch manche andere Zeichen von Entartung kommen bei dieser mongoloiden Augenbildung vor, Intelligenzstörungen und andere mehr. Eines der hier operierten Kinder hatte z. B. als weiteres Zeichen der Entartung vor beiden Ohren Chondrome. Interessant war es mir, in einzelnen dieser Fälle die Ptosis in der Familie rückwärts verfolgen zu können, einmal bis ins dritte, ja wahrscheinlich sogar bis ins vierte Glied. Gleichzeitig findet sich bei der Anomalie die erwähnte, meist komplette und doppelseitige Ptosis, die man auf eine Aplasie des M. levator palpebrae superioris zurückzuführen versucht hat. Schon Axenfeld 1912 weist auf die Schwierigkeit der operativen Behandlung bei diesen Fällen hin.

Und wenn auch die vollzogene Operation an sich ein gutes Ergebnis gezeitigt hat, so ist doch der ganze Eindruck dieser Augenanomalie nicht besonders schön. Der breite Nasenrücken ist trotz der in den meisten Fällen gleichzeitig ausgeführten Ovalärexcision nicht zu verkennen und gibt mit der schrägen Stellung der Augen dem ganzen Gesicht einen merkwürdigen, nicht gerade anziehenden Ausdruck. Es wurden folgende Fälle beobachtet:

1926. Bernhard K., Thilden, 13 J.
Ptosis beiderseits seit Geburt mit Epicanthus. Nachdem zuerst der Epicanthus operativ angegangen wird (ovaläre Excision im Verlauf

der unteren Stirn und des oberen Nasenrückens), erfolgt Heß-Operation zunächst li. am 23. XI., anschließend re. am 30. XI. Reizloser Wundverlauf; bei der Entlassung am 14. XII. ist die Ptosis zwar nicht völlig behoben, aber eine wesentliche Besserung eingetreten. (Wesentlich gebessert.)

1927. Georg F., Flachslanden, 2 J.
Angeborener Zustand.
Befund: beiderseitige Ptosis, so daß die Hälfte der Pupillen bedeckt ist; stark ausgeprägter Epicanthus.
Zunächst Epicanthus-Operation, alsdann erfolgt Ptosis-Operation li. am 21. V. (es werden nur zwei Zugfäden statt drei angelegt, da Wirkung sehr ausgiebig), am 11. VI. re. Bei der Entlassung sehr schönes Resultat, ist später nicht wieder dagewesen. (Sehr gut.)

1928. Regina Sch., Poppenhausen, 13 J.
Seit Geburt Herabhängen der Lider mit verbreitertem Nasenrücken und gleichzeitigem Einwärtsschielen. Zunächst ovaläre Excision am Nasenrücken am 29. IX., darauf am 6. X. Canthoplastik und Ptosis-Operation re., das gleiche li. am 8. XI. Am 2. XII. mit gutem Ergebnis entlassen. War nicht wieder in der Klinik, aber Vater gab jüngst auf schriftliche Anfrage an, daß die Operation sehr gut ausgefallen sei. (Gut.)

1929. Irmgard Sch., Würzburg. 6 J.
Ist schon mit „so merkwürdigen Augen" zur Welt gekommen. (Vater und Großmutter haben die gleiche Mißbildung.)
Befund: Oberlider überdecken die Hornhäute bis zum unteren Drittel, die Oberlider gehen in stärksten Epicanthus über.
Operation des re. Auges mit ovalärer Excision am 2. VII., Ptosis-Operation li. am 9. VII. Wurde am 16. VII. entlassen, bedeutend gebessert.
War am 13. XI. 1932 zwecks Brillenverordnung in der Klinik, Besserung hat angehalten. (Gut.)

1929. Agnes R., Kleinwallstadt, 7½ J.
Schon seit Geburt „komische Augen".
Befund: Beiderseits nur minimal kleine Lidspalte und starker Epicanthus. Dieser wird am 12. X. zunächst operiert durch Excision eines rautenförmigen Hautfeldes, dann folgt Ptosis-Operation li. am 24. X., re. am 7. XI. Guter Heilverlauf, am 25. XI. mit gutem Ergebnis entlassen. Sollte 6 Monate später zur photographischen Aufnahme kommen, nicht erschienen. Vater gibt im Oktober 1934 auf schriftliche Anfrage an, daß der Erfolg ein guter geblieben ist. (Gut.)

1934. Olga L., Hofheim, 3½ J.
Angeborenes Herabhängen des re. Lides mit Einwärtsschielen des gleichen Auges.

Befund: Kind mit Chondromen vor beiden Ohren, Ptosis re., so daß Pupillenmitte noch frei ist, leicht mongoloide Lidspalten. Operation nach Heß am 2. VI., kaum gebessert entlassen. (Kaum gebessert.)

Ad 3. Ebenfalls nicht so besonders günstig für die Operation erwiesen sich jene Fälle von Ptosis, die einhergehen mit einer Schwäche oder vollkommenen Lähmung der den Bulbus bewegenden, besonders nach oben führenden Muskeln. Es ist nicht möglich, für jeden Fall den Grund für den Beweglichkeitsdefekt anzugeben. So finden sich normal entwickelte Muskeln neben gestörter Anlage im nervösen Apparat (Kernaplasie) oder normal ausgebildete Nervenzentren und -bahnen neben verschiedenartigen Anomalien der Muskeln und ihrer Ansätze.

Es handelte sich hier um 5 Fälle, die operiert wurden; davon wurde einer gut, zwei ziemlich gut, einer gebessert; der letzte blieb unverändert. Die Fälle mit einer Einschränkung der Bulbusbewegung nach oben wollen bei der Operation mit besonderer Vorsicht korrigiert sein. Jedes Zuviel und oft schon eine nur sehr mäßige Hebung des Oberlides ist der Anlaß zu sehr unangenehmen Doppelbildern, so daß der kosmetische Erfolg in diesen Fällen erkauft ist um einen Preis, den er durchaus nicht wert ist. Hierher gehören folgende Fälle:

1927. Hedwig B., Rimpar, 12 J.

Am re. Auge bestehen Lähmungserscheinungen angeblich seit Geburt.

Befund: Herabhängen des Lides bis zur Hälfte der Cornea, Beweglichkeit des Bulbus nach oben nur gering vorhanden, nach unten, medial und lateral normal. Beim Emporheben des Lides werden sofort Doppelbilder angegeben.

Operation nach Heß am 1. II. 1927, guter Heilverlauf; bei der Entlassung am 9. II. ist das Lid noch sehr geschwollen. Nachuntersuchung 8 Monate später ergibt, daß das Lid die halbe Cornea bedeckt wie früher. (Kein Erfolg.)

1930. Josef Sch., Miltenberg, 22 J.

Angeborener Zustand li.

Befund: Ziemlich starke Ptosis, außerdem Strabismus divergens und unvollständige Okulomotoriuslähmung.

Nach der am 16. III. ausgeführten Ptosis-Operation ist bei der Wiederaufnahme zwecks Tenotomie am 12. VII. kaum ein Unterschied zwischen li. und rechter Lidspalte zu bemerken, Lidschluß li. bis auf kleinen Spalt möglich. (Gut.)

1930. Ernst D., Würzburg, 51 J.

Schon immer hängen beide Lider herab, jedoch seit zwei Jahren Verschlimmerung. (Großmuter soll gleiches Leiden gehabt haben.)

Befund: beide Augen bis über die Pupillen vom Lid bedeckt, auch ist M. rectus sup. nicht intakt. Zuerst wurde am 10. V. die Operation re., dann am 17. V. ebenfalls li. ausgeführt. Bei der Entlassung werden die Pupillen fast bis zur Hälfte bedeckt. Gleicher Stand am 10. VII. (Ziemlich gut.)

1931. Albert M., Zell, 44 J.
Okulomotoriuslähmung re. seit Geburt.
Befund: Bei gleicher Blickrichtung hebt sich das re. Lid, so daß die Lidspalte als Maximum 6 mm mißt, Augapfel ist in starker Abduktion. Zuerst Tenotomie des M. rectus ext., alsdann Ptosisoperation am 10. XI. 1931. Trotzdem besteht noch mäßig starke Ptosis fort, am 21. III. entlassen. War im Oktober in der Klinik, gegen früher gebesserte Lidhaltung. (Gebessert.)

1933. Lina M., Altengronau, 11 J.
Angeborenes Herabhängen des re. Lides.
Befund: Beim Blick geradeaus hängt das re. Lid gänzlich herab, außerdem besteht Schwäche des re. Muskulus rectus med. Nach Operation am 14. X. erfolgt unkomplizierter Heilverlauf, bei der Entlassung am 6. XI. ist beim Blick geradeaus die Pupille fast frei. Nicht wieder dagewesen. (Ziemlich gut.)

Ad 4. Ptosis als Folge einer vorausgegangenen Operation wurde in zwei Fällen beobachtet.

Im ersten Fall war durch das Entfernen einer stark vergrößerten Tränendrüse infolge Mikuliczscher Krankheit eine hochgradige Ptosis entstanden. Die Operation zeitigte einen sehr guten Erfolg mit guter Hebung des Lides und tadelloser Faltenlegung.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein Kleinkind, bei dem durch operative Entfernung eines Haemangiomes des Oberlides eine geringe Ptosis verursacht war, die sich besonders nasalwärts bemerkbar machte. Nach vollendeter Operation wurde das Kind als gebessert entlassen.

1925. Ludwig M., Würzburg, 51 J.
Ptosis als Folge einer Tränendrüsenentfernung bei Mikuliczscher Krankheit.
Befund: ziemlich stark ausgeprägte Ptosis re. Operation nach Heß am 19. V., gleichzeitig Ausscheidung weiterer Tumorreste. Entlassen am 30. V. mit gut geheilter Schnittwunde in der Braue, gute Faltenbildung und Hebung des Lides, kein Unterschied zwischen li. und re. War am 27. XI. wieder da wegen Brille, tadelloser Erfolg. (Sehr gut.)

1927. Barbara Sch., Aschaffenburg, ¾ J.
Ptosis li., entstanden nach Entfernung eines Haemangiomes am Oberlid.
Befund: Ptosis besteht nur nasal. Ptosis-Operation mit gleichzeiti-

ger Entfernung restlicher Tumormassen am 21. VII. Nach glattem Heilverlauf entlassen. Nachuntersuchung ½ Jahr später ergibt etwas nasal verdicktes Oberlid, die Haut desselben ist faltig. Lidspalte nasal noch etwas schmal, in der Mitte und temporal weiter. (Etwas gebessert.)

Ad 5. Weiterhin wäre noch ein Wort zu sagen über die Fälle, in denen die Ptosis durch einen Unfall erworben war. Das waren 3 Fälle, ein doppelseitiger und zwei einseitige. Aus Anamnese und Befund ging nicht immer klar hervor, ob durch den Unfall der nervöse Apparat Schaden gelitten hatte oder ob narbige Veränderungen der Muskulatur vorlagen. Der doppelseitige wurde durch die Operation gut, die beiden einseitigen ziemlich gut.

1925. Ludwig H., Eußenheim, 36 J.
Ptosis und Augenmuskellähmung infolge Motorradunfalles mit Schädelfraktur.
Befund: vollständige Ptosis, Ophthalmoplegia totalis li.
Operation nach Heß am 17. XI., guter Heilverlauf, Entfernung der Fäden am 26. IX. und zwei Tage später entlassen. Lid noch geschwollen, Hebung desselben bis zur Hälfte möglich. (Ziemlich gut.)

1927. Christine G., Aschaffenburg, 21 J.
Als dreijähriges Kind vom 1. Stock eines Hauses gestürzt, seither Herabhängen der beiden Oberlider. Außerdem besteht kleine Tränensackfistel, angeblich seit Geburt.
Befund: re. Lidspalte 0.8 cm weit, li. 0,7 cm.
Am 18. X. Operation li., am 29. X. re. Narben glatt und reizfrei. Am 10. XI. mit recht guter Lidhaltung entlassen, war inzwischen nicht wieder hier. (Gut.)

1930. Maria K., Stockhardt, 19 J.
Als kleines Kind gefallen und Verletzung zugezogen, Narbe noch sichtbar. Seitdem soll das Auge „klein" sein.
Befund: li. Lidspalte kleiner als re. Nach der am 6. XI. erfolgten Operation tritt eine Eiterung der Stichkanäle auf. Nach Entfernen der Fäden besteht noch mäßige Ptosis, entlassen am 29. XI. War am 6. XII. nochmals da, unverändert. (Ziemlich gut.)

Ad 6. Und endlich wären noch jene Fälle zu erwähnen, in denen die Ptosis ohne ersichtliche Ursachen, scheinbar als Folge von nervösen Störungen auftrat und sich langsam nach und nach verschlimmerte. Es handelt sich hier wohl wahrscheinlich um eine erworbene Ptosis nuklearen oder cortikalen Ursprungs, die bei zahlreichen Nerven- und Geisteskrankheiten vorkommt. Sie tritt anscheinend besonders im vorgerückten Alter auf.

Hier handelte es sich um 3 Fälle, bei denen bei zweien die Operation mit sehr gutem Erfolge gemacht wurde. Der dritte wurde ge-

bessert. Der Erfolg dieser beiden ersten Fälle ist um so mehr zu betonen, als beide sich in einem hohen Alter befanden, wo man annehmen möchte, daß die bindegewebige Vernarbung an den Frontalis in diesem Alter nur schwer zustande kommt und auch zu schwach ist, um für eine bleibende Wirkung Gewähr zu geben.

1927. Ella K., Coburg, 27 J.
Mit 18 Jahren allmähliches Herabhängen des re. Oberlides, merkliche Zunahme nach einer Grippe jetzt.
Befund: Oberlid hängt herab und bleibt auch beim Blick nach oben zurück. Weite der re. Lidspalte 0,5, maxim. 0,6 cm. (Weite der gesunden Seite 0,8 maxim. 1,0 cm).
Operation am 12. VII., normale Wundheilung. Bei der Entlassung ist die Lidspalte 0,65 cm weit, kann maximal auf 0,8 cm geöffnet werden. (Gebessert.)

1934. Wilhelmine Sch., 70 J.
Seit 20—25 Jahren bestehende Ptose, will schon vor dem Krieg operiert worden sein, keine Narbe mehr sichtbar.
Befund: Fast vollständige Ptosis auf beiden Augen.
Operation am 22. IX. li., 8 Tage später re. Entlassen am 20. X., tadellose Lidhaltung, beide Augen sehr groß. (Sehr gut.)

1935. Clara Sch., Würzburg, 70 J.
Seit 6—7 Jahren hängen beide Oberlider sehr tief, wurde bereits vor 4 Jahren operiert.
Befund: Beide Lider hängen sehr tief, das li. bis zum oberen Pupillenbogen, das re. bis zum unteren Pupillenrand.
Am 31. I. Operation des stärker ptotischen re. Auges. Glatte Heilung; nach Entfernung der Nähte steht das re. Lid 2 mm über dem oberen Pupillenrand beim Blick geradeaus. Entlassen am 18. II., beim Wiederbesuch der Klinik am 31. III. gute Stellung unverändert erhalten. (Sehr gut.)

Aus dem Vorstehenden geht wohl hervor, daß man an der hiesigen Klinik mit der Heß'schen Operationsmethode doch sehr schöne, zufriedenstellende Erfolge erzielt hat.
Noch einmal zusammenfassend ergab die Operation von insgesamt 31 Fällen 7 sehr gute Operationsergebnisse, 9 gute und 6 ziemlich gute; bei weiteren 7 Fällen wurde der Zustand mehr oder minder gebessert. Gänzlich ohne Erfolg war die Operation nur bei einem Falle und bei einem weiteren Falle auf einem Auge, wo das zweite gut wurde. Mit einem ganzen und ausnahmslosen Erfolge wird die ärztliche Kunst wohl auf keinem Gebiete aufwarten können.
Man hätte in manchem der aufgeführten Fälle sicherlich noch bessere Resultate erzielen können, hätte man auf dadurch ent-

stehende Komplikationen keinerlei Rücksicht genommen. Was ist aber gewonnen, wenn ein gutstehendes Lid erkauft ist um den Preis eines häßlichen Glotzauges, unangenehmer Doppelbilder oder eines Lagophthalmus mit seinen üblen Folgeerscheinungen!

Vielfach hatten die hier operierten Patienten beim Blick geradeaus eine recht gute Lidhaltung, die Anomalie trat erst zutage, wenn das Lid nach oben gerollt wurde. Bei dieser Funktion verschwand dann häufig ein großer Teil des Lidspaltes hinter dem Oberlid, und es gab dadurch einen sehr häßlichen Anblick. Durch etwas stärkere Raffung des Lides bei der Operation wären derartige Dinge leicht vermieden, aber gerade dieses Zuviel fürchtet man wegen der damit verbundenen Nebenerscheinungen.

Es ist anzunehmen, daß auch bei der Operation nach Blascowics nach ähnlichen Gesichtspunkten vorgegangen werden muß und somit auch dort die neue Lidhaltung nur mit großer Vorsicht herbeigeführt werden darf.

Prof. Dr. Lindner meint am Schluß seiner Abhandlung „Über die Ptosis-Operation nach Blascowics", daß diese Art der Operation, die er für sehr wertvoll hält, bisher ziemlich unbeachtet geblieben ist. Das scheint doch nicht ganz der Fall zu sein, denn Bielschowsky, Breslau, schreibt schon 1932 in „Die Lähmungen der Augenmuskeln", daß er zwar für gewöhnlich die Motais'sche Operation bei Ptosis anwendet, aber in jenen Fällen, die wegen Lähmung des M. rectus sup. für diese Art der Operation ungeeignet sind, mit ausgezeichnetem Erfolg nach der von Blascowics 1928 angegebenen Methode operiert hat und es auch weiterhin tun will. Trotzdem scheint in Deutschland immer noch die Heß'sche Methode die am meisten gebräuchliche zu sein.

Die große Fülle der Operationsmethoden, (in der Operationslehre von Axenfeld und Elschnig werden 71 verschiedene Operationsweisen angegeben, die sich mehr oder minder ähneln), beweist am besten, daß man bisher mit keiner Methode das erreicht hat, was man erstrebte, nämlich den Zustand, den eine gütige Mutter Natur den meisten Menschen mitgegeben und zeitlebens bewahrt hat.

Zum Schluß danke ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Schieck aufrichtig für die freundliche Überlassung des Themas und für die Ratschläge, die er mir jederzeit erteilt hat.

Literaturverzeichnis.

Elschnig, A.: Ptosisoperation. Axenfeld und Elschnig, Augenärztliche Operationen, Bd. I, S. 243.

Heß, C.: Eine Operationsmethode gegen Ptosis, Archiv für Augenheilkunde. Bd. XXVIII. 1893, S. 22.

Lindner, K.: Über die Ptosisoperation nach Blascowics, Klin. Mbl. für Augenheilkunde. Juliheft 1934, S. 1.

Löhlein, W.: Erkrankungen des Lides, Schieck-Brückner, Kurzes Hdb. d. Ophthalmologie. Bd. III, S. 342.

Schreiber, L.: Die Krankheiten des Lides, Graefe-Saemisch, Hdb. der ges. Augenheilkunde, S. 577.

Weber: Über die sogen. Degenerationszeichen, Schieck-Brückner, Kurzes Hdb. der Ophthalmologie. Bd. VI, S. 802.

Lebenslauf.

Ich, Elisabeth Bahlmann, wurde am 4. September 1910 in Vechta/Oldenburg als Tochter der Eheleute Caspar Bahlmann und Emma, geb. Mahnke geboren. Ich besuchte zunächst die Grundschule und später das Oberlyzeum der Schwester U.L. Frau zu Vechta, wo ich Ostern 1930 mein Abitur machte. Alsdann widmete ich mich dem Studium der Medizin und zwar verbrachte ich mein 1. vorklin. Semester an der Universität Innsbruck, die weiteren vier in Würzburg. Hier bestand ich nach dem S.S. 1932 mein Physikum. Das 1. klin. Semester verbrachte ich an der Universität München, 1 weiteres in Königsberg. Die letzten vier Semester war ich dann wieder an der Universität Würzburg, wo ich im Dezember 1935 mein Staatsexamen bestand.

Hiermit versichere ich ehrenwörtlich, daß ich die Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine anderen Hilfsmittel gebraucht habe.

Elisabeth Bahlmann